

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

LA ATENCIÓN DEL PACIENTE
PLURIPATOLÓGICO: IMPORTANCIA DEL PAPEL
DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

THE ATTENTION OF THE PLURIPATHOLOGICAL
PATIENT: IMPORTANCE OF THE ROLE OF THE
PRIMARY CARE NURSE



Autor: Daniel Hermosa Pérez

Directora: Aroa Delgado Uría.

Grado en Enfermería.

Trabajo Fin de Grado.

Curso académico 2018/2019.

Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo."

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción	2
Objetivos	3
Metodología	4
Resumen de los capítulos.....	4
Capítulo 1. Los desafíos impuestos por el avance de la Cronicidad. Situación actual en España. 5	
Capítulo 2. Ruta del paciente pluripatológico en Cantabria	6
Capítulo 3. Papel de la Enfermería de Atención Primaria en el abordaje de pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT).	11
CONCLUSIONES	15
ANEXOS	16
REFERENCIAS.....	18

Resumen

La sociedad actual se encuentra evolucionando hacia un perfil poblacional muy diferente al de cualquier época pasada. La esperanza de vida se encuentra en pleno auge, creciendo exponencialmente desde finales del siglo XX. Por otro lado las patologías crónicas están imponiéndose frente a las agudas aumentando las tasas de prevalencia e incidencia en estos grupos de riesgo. Esta situación arrastra consigo la necesidad de responder al Reto de la Cronicidad elaborando diferentes estrategias con las que poder abordarla. Entre estas cabe destacar la Ruta del Paciente Pluripatológico desarrollada en Cantabria con el fin de clasificar a cada paciente en diferentes grupos aportando los cuidados necesarios y asegurándose de una correcta continuidad asistencial en los casos de de inestabilidad. Finalmente cabe destaca el papel fundamental de los profesionales enfermería de Atención Primaria mediante un abordaje holístico del paciente, además de evolucionar hacia nuevas figuras como es la enfermera gestora de casos o a la enfermera de continuidad asistencial o enlace enfermeras de enlace.

Palabras clave: enfermedad crónica, mortalidad, prevalencia

Abstract

The current society is evolving towards a population profile very different from that of any past era. Life expectancy is booming, growing exponentially since the late twentieth century. On the other hand, chronic diseases are prevailing against acute diseases, increasing the prevalence and incidence rates in these risk groups. This situation brings with it the need to respond to the Challenge of Chronicity by developing different strategies with which to address it. Among these, it is worth highlighting the Path of the Pluripathic Patient developed in Cantabria in order to classify each patient in different groups providing the necessary care and ensuring a correct continuity of care in cases of instability. Finally, it is worth highlighting the fundamental role of the nursing in Primary Care through holistic approach of patients as well as evolving towards new figures such as nurse case manager, liaison nurses or nursingo continuity nurse .

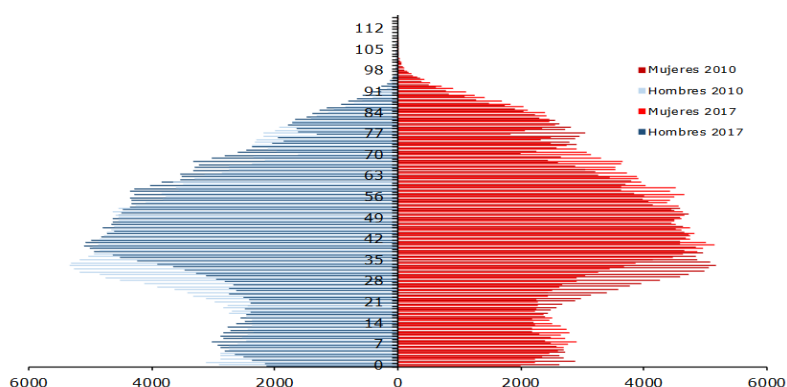
Key words: chronic disease, mortality, prevalence

Introducción

El mundo actualmente se encuentra sumergido en una espiral de continuo cambio y evolución. La esperanza de vida al nacimiento en los países desarrollados está aumentando a un ritmo vertiginoso. En el caso de España, la realidad es que su esperanza de vida se encuentra por encima de los 83 años, mientras que en el 2000 estas cifras rondaban la media de los 79 años de edad, convirtiéndose en uno de los países más longevos del mundo(1-4).

Estos hechos quedan plasmados en la comparativa de las pirámides de población, las cuales han sufrido grandes cambios en su estructura, modificándose de una pirámide progresiva, la cual va estrechándose a medida que se avanza en la edad, a una pirámide regresiva caracterizada por ir incrementándose el número de población a medida que se va avanzando en edad, llegando al extremo de existir mayor población anciana frente a la población infantil, es decir, imponiéndose la tasa de mortalidad frente a la tasa de natalidad (5) . Además, la previsión para el futuro según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que este proceso vaya agudizándose aún más en el tiempo. Se estima que para 2050 la población mayor de 65 años duplique a la del año 2000, pasando de un 11 a un 22% de la población total, además de aumentar la dependencia física y la fragilidad; un ejemplo de ello es la pirámide de población que representa el número de personas agrupados por grupos de edad en Cantabria del año 2010 y 2017 (Figura 1)(4-6).

Figura 1: Pirámide poblacional de Cantabria. Comparativa 2010-2017.



Fuente: ICANE a partir de datos de Padrón Municipal de habitantes, INE.

Ante esta realidad de aumento de esperanza de vida y por consiguiente de incremento de la población anciana, cabe destacar las condiciones en las que se encuentra este grupo de población. Es una certeza que actualmente las personas viven más tiempo; no obstante debido al aumento de la incidencia de las conocidas como enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas, la calidad de vida se ve reducida generando en muchas ocasiones una dependencia de gran relevancia(3).

En la actualidad las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo alcanzando la cifra del 63% de las defunciones a nivel global; sin embargo, la mayoría son prevenibles mediante actuaciones efectivas enfocadas a controlar los factores de riesgo. Dentro de estas patologías crónicas , podemos destacar entre las más comunes: las enfermedades crónicas respiratorias, la diabetes, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Todas ellas comparten características comunes así como que son perdurables en el tiempo y que son fruto de factores tanto exógenos como endógenos de las personas (Figura 2) (7-8).

Figura 2: Modelo de factores determinantes de la Salud.



Fuente: Dahlgren y Whitehead Modelo de Determinantes de la Salud.

Por otra parte, en España la actividad asistencial y la relación médico-paciente está evolucionando, rompiendo el paradigma paternalista del siglo XX, buscando una relación de agencia perfecta entre todos los componentes del grupo interdisciplinar, priorizando los valores y decisiones del paciente, como así queda reflejado en la "*Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de la información y documentación clínica*"(9) ;no obstante los sistemas sanitarios inclusive el de nuestro país, continúan actuando bajo un legado excesivamente paternalista centrado en la curación de la enfermedad y poco integrado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante modelos de actuación holística, integral y de calidad.

Por lo tanto es necesario un cambio a nivel de políticas sanitarias para un mejor manejo de estas enfermedades y crear estrategias precisas que permitan guiar a estos grupos de población hacia un correcto control de su enfermedad.

Objetivos

Este trabajo tiene como fin alcanzar los siguientes objetivos:

1. Describir el reto en el que se encuentra la sociedad actual frente al avance de la cronicidad.
2. Identificar y definir los modelos de abordaje de la cronicidad en nuestro país, prestando especial atención a nuestra comunidad autónoma.
3. Describir el proceso de atención sanitaria del paciente pluripatológico complejo y el papel fundamental de los profesionales de enfermería en su desarrollo.

Metodología

Para poder realizar esta monografía, se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Google Académico, Dialnet, Pubmed y UCREA. También se han revisado diferentes revistas clínicas mediante el acceso permitido por la Biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC) o por el contrario bajo suscripción gratuita. Estas revistas electrónicas clínicas son Elsevier Doyma, Scielo, Médico de Familia o Seapa. Además se ha obtenido información propia de los planes de abordaje al paciente crónico de Comunidades Autónomas como Cataluña, País Vasco y Cantabria, adicionalmente a estos artículos, también se ha añadido información procedente de publicaciones realizadas por la OMS o de Webs oficiales como INE, ICANE o el SCS.

Para esta búsqueda bibliográfica se han utilizado como palabras clave los términos **DeCS** (Descriptores de Ciencias de la Salud): **enfermedad crónica, mortalidad, prevalencia**. **MeSH** (Medical Subject Headings): **chronic disease, mortality, prevalence**. Todo ello bajo el uso de los operadores booleanos AND, OR y NOT.

Finalmente se han seleccionado aquellos artículos que estuvieran escritos en español o inglés o cuyo acceso fuese gratuito y el año de publicación estuviese por encima del 2009.

Resumen de los capítulos

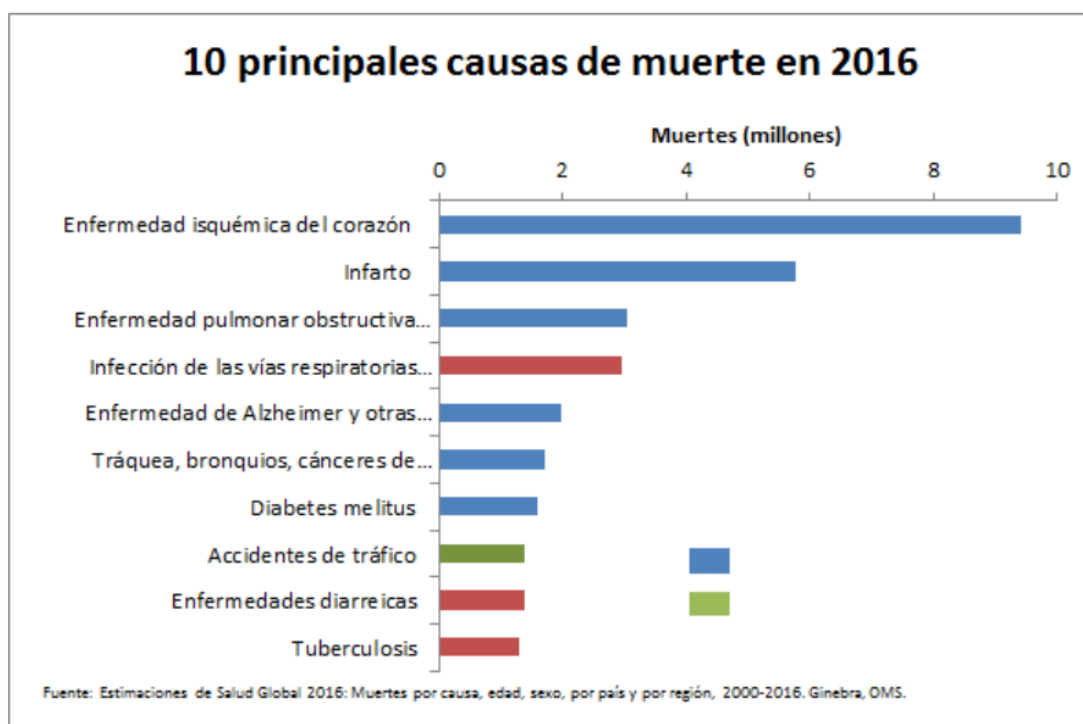
- Capítulo 1: En este apartado se describe los objetivos planteados por la Organización Mundial de la Salud para el año 2025 con el fin de reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas en los principales países desarrollados y detallar las líneas estratégicas implantadas por el Servicio Nacional de Salud.
- Capítulo 2: En este apartado se detalla la estrategia desarrollada por Cantabria para crear una Ruta de actuación ante un paciente crónico pluripatológico en todos los estadios posibles de la enfermedad.
- Capítulo 3: Este apartado está centrado en describir la importancia del abordaje desde la Atención Primaria de Salud, destacando el papel fundamental de la Enfermería en este ámbito sanitario.

Capítulo 1. Los desafíos impuestos por el avance de la Cronicidad: situación actual en España.

La cronicidad es considerada como un reto para los Países Desarrollados. En el año 2012 se registraron 38 millones de fallecimientos por causa de las ENT y sin embargo es una realidad que la mayoría de estas muertes pueden ser evitadas bajo unas estrategias centradas en la persona realizando una valoración integral, abordando tanto a personas sanos como enfermas y enfatizando en la práctica de hábitos de vida saludables(10)(11). Desde la OMS, se han impuesto una serie de objetivos para 2025, con el fin de que todos los países realicen cambios en sus políticas sanitarias y tomen conciencia de la situación en la que se encuentra la población global y las ENT. Entre estos objetivos se encuentran(12):

- La reducción del sedentarismo mediante fórmulas que ayuden a incrementar la actividad física.
- Disminuir la tasa de consumo de alcohol en un 10% con respecto al consumo actual, (en 2010 el promedio de ingesta era de 13,5 gramos al día en personas mayores de 15 años).
- Reducir el consumo de sal. Un exceso en su ingesta está relacionado con la aparición de ENT como la Hipertensión Arterial (HTA) . Se estima reducir de 5 gramos por día a una ingesta de 2 gramos por día.
- Disminuir la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo II y por consiguiente la obesidad en todos los grupos de edad. Estas dos patologías o complicaciones de las mismas se encuentran actualmente entre las principales causas de muerte en el mundo (Figura 3)(10).

Figura 3: Principales causas de muerte en 2016.



Fuente: Estimaciones de Salud global 2016: muertes por causa, edad, sexo, por país y por región, 2015-2016.

Ginebra, OMS.

Previamente al documento elaborado por la OMS, que plasma con extensión los objetivos anteriores, encontramos países como España que ya comenzaron a realizar diferentes rutas para enfrentarse al reto que supone la cronicidad. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró en el año 2012 un documento denominado "Estrategia para el abordaje de la cronicidad del Servicio Nacional de Salud", en el que se desarrollan medidas para subsanar esta situación(13).

De este modelo surge la idea de reorganizar los servicios sanitarios valorando exhaustivamente el coste de oportunidad de las intervenciones y reajustando los recursos para obtener una mayor efectividad clínica, priorizando la patología crónica frente a la aguda y cambiando así la cultura de los profesionales y la arraigada metodología presente desde hace décadas.

Este modelo permite crear un sistema de de estratificación social con el que poder clasificar a la población en diferentes grupos para realizar intervenciones específicas sobre cada uno de ellos. En el caso de una persona joven saludable pero que presenta unos factores de riesgo que en un futuro pueden desencadenar en la aparición de una patología crónica, se estima realizar intervenciones encaminadas a reeducar a la persona y reforzar hábitos de vida saludables con los que mejorar su salud además de proporcionar la formación e información necesaria sobre la importancia de la prevención. En el caso de que la persona padezca una enfermedad crónica, se practicarán intervenciones encaminadas a potenciar el autocuidado y autogestión de su enfermedad, convirtiendo al paciente en partícipe de su propia enfermedad y educándolo en estrategias encaminadas al conocimiento de sus posibles complicaciones que le lleven a inestabilidades y modelos de ayuda a la adherencia al tratamiento; finalmente en el caso de pacientes de asociados a una mayor fragilidad y complejidad con la presencia de diferentes enfermedades crónicas (pluripatología), serán clasificados en el grupo de *Pacientes Pluripatológicos*, los cuales recibirán una atención mas específica con el diferente equipo multidisciplinar y se proporcionará los cuidados necesarios tanto al paciente como al cuidador(13).

Finalmente el documento plantea unas líneas de actuación centradas en la promoción y prevención de la enfermedad, en el estudio exhaustivo de los determinantes sociales así como en potenciar el trabajo del equipo multidisciplinar y favorecer la continuidad asistencial.

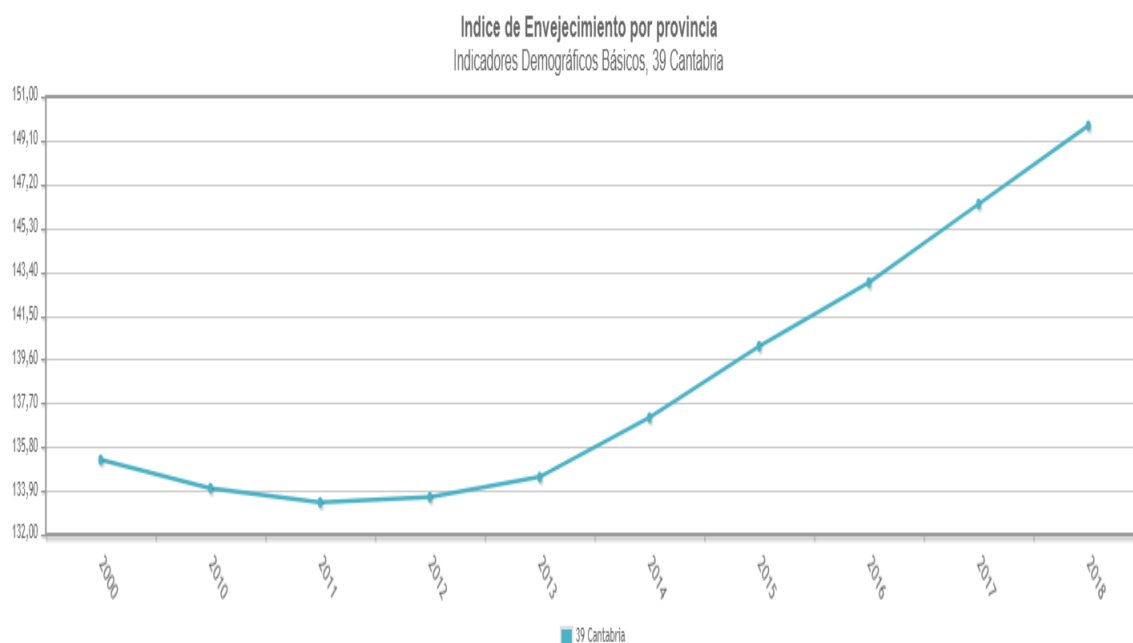
Capítulo 2. Ruta del paciente pluripatológico en Cantabria.

Cantabria es una comunidad autónoma uniprovincial situada al norte de España. Cuenta con una densidad de población de 580.229 personas. Según los datos obtenidos del ICANE, Cantabria es una de las comunidades con mayor esperanza de vida al nacimiento con cifras que rondan los 83 años en hombres y 85 años en mujeres. En cuanto a la demografía territorial, los principales núcleos de población se alojan en las ciudades, debido al éxodo rural producido desde la Revolución Industrial hasta nuestros días(14).

Tras la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Cantabria y el resto de Comunidades Españolas debieron asumir sus competencias en materia de sanidad, concluyendo así el proceso de descentralización iniciado en 1979(15). Esta situación permitió a todas las Comunidades Españolas asignar sus propios recursos adaptados a las necesidades propias de la población además de aportar la libertad de actuación ante las situaciones descompensadas de la actualidad o ante la llegada de nuevos retos.

Cantabria mantiene un índice de envejecimiento de 149.78, siendo este un valor superior al del resto de comunidades, además de sufrir un incremento progresivo desde el año 2010 el cual se encontraba en 134.01(Figura 4). Según la última encuesta nacional de salud (ENS), el 64.20% de las personas mayores de 15 años reconocen padecer una enfermedad crónica(16)(17).

Figura 4: Índice de Envejecimiento en Cantabria. Comparativa del 2009 al 2018.



Fuente: INE. Obtenida a partir del Instituto Nacional de Estadística

Frente a esta realidad Cantabria se encuentra sumergida ante el nuevo desafío de la Cronicidad.

Según la OMS(18), las enfermedades crónicas son "*todas aquellas patologías de larga duración y de progresión lenta que además llevan sobreañadido el factor no transmisible es decir, no pueden transmitirse entre personas*". Las principales enfermedades crónicas las componen el cáncer, la diabetes, las infecciones respiratorias crónicas y las enfermedades cardíacas.

Una persona es considerada como crónica compleja si padece diversas patologías de carácter crónico asociado a un alto riesgo de descompensación y de pérdida funcional lo que le convierte en un gran demandante de los servicios sanitarios(19).

Para poder solucionar este nuevo reto, Cantabria ha elaborado un Plan estratégico con unos objetivos a conseguir para la Atención de las personas crónicas y favorecer tanto la continuidad asistencial como la coordinación entre los diferentes niveles de asistencia. Estos objetivos son(20):

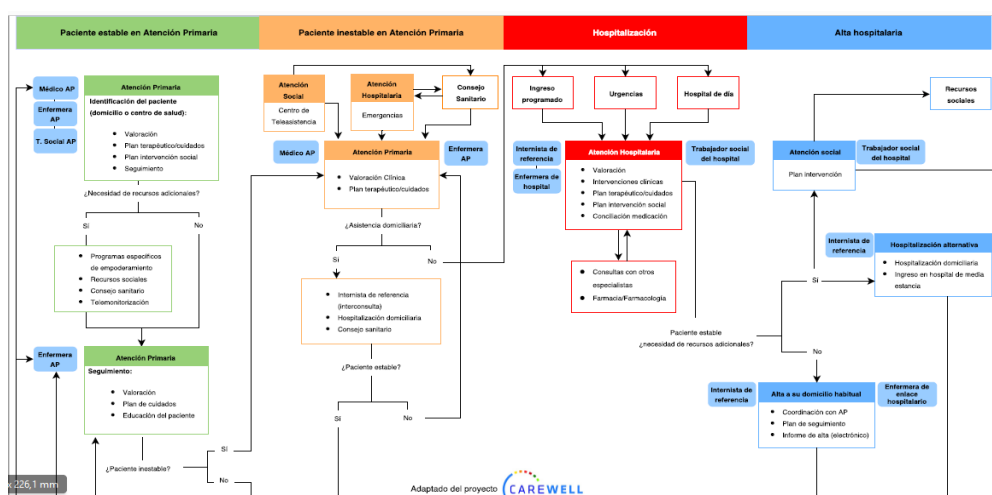
1. "*Establecer mecanismos y modelos de estratificación y predicción que permitan la identificación de subgrupos de población con diferentes niveles de necesidad y riesgo*".

2. *"Definición e implantación de la cartera de servicios que se asignarán a cada nivel de complejidad y riesgo del paciente crónico".*
3. *"Desarrollar herramientas informáticas para seguimiento y apoyo a la asistencia, con la Historia Clínica o Documento Clínico Electrónico como elemento vertebrador del proceso de gestión del crónico".*
4. *"Crear en la red de atención del sistema sanitario nuevas formas y unidades para la atención continuada a los pacientes crónicos".*
5. *"Desarrollar rutas y procesos asistenciales para aquellos procesos más prevalentes e importantes, fundados en coordinación entre niveles, haciendo más sencillo y eficaz el itinerario del paciente por el sistema".*
6. *"Definir e implantar nuevos roles y competencias profesionales conforme a las necesidades del nuevo modelo asistencial".*
7. *"Desarrollo en la Comunidad de Cantabria de la Estrategia de atención y coordinación sociosanitaria, como fundamento para asegurar la continuidad entre niveles, especialmente en pacientes pluripatológicos en situación de dependencia".*
8. *"Potenciar la Atención Primaria, tanto para la definición e implantación de servicios específicos para cada nivel de riesgo como para mejorar la capacidad de resolución".*

La experiencia indica que elaborar una praxis focalizada únicamente en la enfermedad es incompleta, por lo que se deben incluir otros aspectos relevantes como son el entorno familiar y social que rodean al paciente, es por ello, que el Servicio Cántabro de Salud (SCS) ha apostado entre otras alternativas, por desarrollar una ruta asistencial que permita abordar correctamente al paciente crónico pluripatológico. A través de ella, se intenta disminuir en la mayoría de lo posible las descompensaciones y apariciones de situaciones de riesgo para estas personas, favoreciendo una accesibilidad completa a los servicios sanitarios, aportando una atención continuada y promoviendo una educación y participación activa tanto del paciente como de sus familiares y/o cuidadores, intentando mantener a las personas dentro de su entorno habitual(ANEXO1)(21)(22) .

Para poder llevar a cabo este programa, se han instaurado 3 rutas, una para cada área de salud, todas ellas muy similares entre sí con el fin de efectuar de manera eficiente esta alternativa (Figura 5).

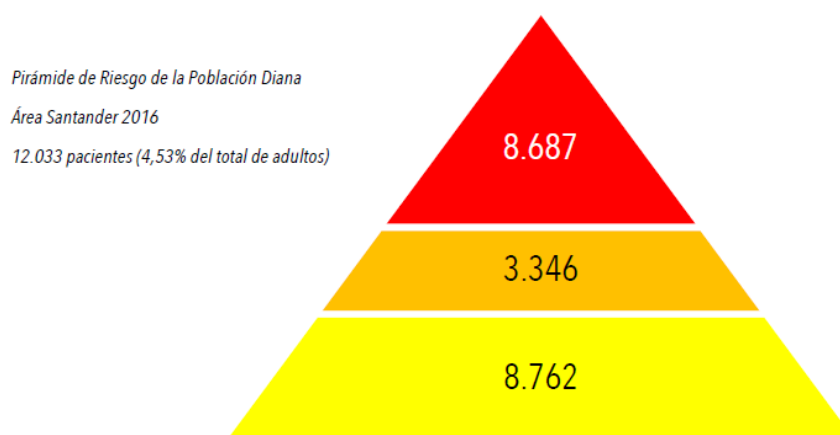
Figura 5: Gráfico de la Ruta del Paciente Pluripatológico en Cantabria.



Fuente: SCS. Oficina de cronicidad 2017.

La metodología utilizada sobre la población diana en las respectivas áreas de salud para su consiguiente inclusión en la Ruta del Paciente Pluripatológico, se realizará mediante los criterios de Ollero, los Indicadores Sociales y tras consenso en el que participen el equipo de Atención Primaria (médico, enfermera y trabajador social) y de Atención Especializada (médico internista y enfermera de enlace hospitalario) (Figura 6).

Figura 6: Población diana. Área de Santander.



Fuente: SCS. Población Diana en Santander.

La ruta se compone de 4 grupos esenciales/ niveles de atención: el primero, la persona se encuentra estable en Atención Primaria; un segundo grupo en el que se sufre una descompensación y la persona pasa a encontrarse inestable en Atención Primaria; un tercer grupo que aborda la atención hospitalaria del paciente; y un cuarto grupo que sería el alta hospitalaria(23).

1. Paciente compensado o estable en Atención Primaria.

En esta primera fase de la ruta, al paciente pluripatológico se le abordará realizando una valoración integral por parte del Equipo multidisciplinar de Atención Primaria (EAP). En su composición se encuentran enfermera, médico y trabajadora social, realizando un fuerte énfasis no solo en los aspectos derivados de la patología sino también aspectos psicológicos y sociales. Se valorará la situación funcional del paciente así como la destreza para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), situación económica, apoyo familiar etc. mediante la entrevista clínica, la valoración enfermera, la exploración física y la historia social(23).

Una vez recogidos y analizados todos los datos obtenidos en el punto anterior, se procederá a establecer un plan de intervención individualizado. Este a su vez está compuesto por 3 líneas de actuación(23):

- **Plan Terapéutico**, caracterizado por actuar sobre las patologías que sufre el paciente crónico. Sus intervenciones están enfocadas en asegurar la adherencia al tratamiento mediante diferentes controles analíticos y la revisión de las dosis de medicamento con la ayuda de la Farmacología Clínica de Atención Primaria.
- **Plan de cuidados individualizado mediante la metodología NANDA, NOC y NIC**, a través del cual el profesional de enfermería identificará aquellos diagnósticos propios (DxE) en los que poder actuar de manera autónoma, plantear unos objetivos a conseguir en un tiempo determinado y finalmente unas intervenciones por las cuales poder llegar a alcanzar las metas propuestas. En esta fase se realizará especial hincapié tanto en la prevención como en la promoción de la salud.
- **Intervención social** para poder adaptar tanto al paciente como a su núcleo y entorno más cercano a su situación de salud, detectando las necesidades sociales en cada caso.

Para asegurar el mantenimiento de la estabilidad , es fundamental que exista un seguimiento por parte del EAP; por un lado un seguimiento *proactivo* y por otro, un seguimiento *programado*. El primero será función de enfermería, como figura esencial en la prestación de cuidados, pudiendo ser el teléfono el método de comunicación principal. El objetivo de este seguimiento es encontrar situaciones de descompensación, el segundo, será realizado conjuntamente por todo EAP, mediante una consulta presencial, a través de la cual se evaluará el plan establecido y se valorará introducir nuevos cambios(23).

2. El paciente se descompensa en Atención Primaria .

En este segundo grupo se encuentra la situación de descompensación del paciente crónico. La primera actuación está encaminada a la detección de esta situación adversa; puede conseguirse a través de los seguimientos programados y proactivos o bien por el contacto propio del paciente con los profesionales. Una vez localizada la inestabilidad se realizará una valoración de necesidades y clínica para así poder establecer las intervenciones precisas para su correcta estabilización(ANEXO2).

En primer lugar y si es necesario, porque la situación de inestabilidad no puede resolverse de forma autónoma por el EAP, se establecerá contacto con el internista de referencia de su zona básica de salud, vía telefónica si se necesita una evaluación en el día o bien mediante una interconsulta no presencial (ICNP) para aquellas situaciones que puedan precisar de respuesta de 48-72 horas. El objetivo de esta comunicación es plantear el caso con un profesional hospitalario para decidir de forma consensuada cualquier opción terapéutica, manteniendo al usuario en su entorno o derivándole al hospital si así lo requiere; finalmente y si fuese necesario la enfermera de AP puede ponerse en contacto con la Enfermera de Enlace Hospitalario vía telefónica o mediante ICNP igualmente. Una vez tomadas las decisiones

oportunas, se intensificará el seguimiento por parte del EAP, hasta la recuperación de la situación de estabilidad(23).

3. Llegada al Hospital e ingreso hospitalario.

Si la situación de descompensación se alarga en el tiempo y no consiguiese controlarse el médico de Atención Primaria, se acordará junto al internista de referencia un ingreso programado en la consulta de prehospitalización. Una vez en el hospital, se realizará una evaluación clínica y los cambios pertinentes en el tratamiento para poder estabilizar al paciente. La EEH realizará una valoración general del paciente, y proporcionará al paciente los cuidados pertinentes; además será la responsable de transmitir la información a la Unidad de Trabajo Social del Hospital, por si fuera necesario alguna intervención social(ANEXO 3).

Cuando el ingreso no se realiza de forma programada desde AP, el paciente tendrá que ser identificado en primer lugar como paciente pluripatológico. Finalmente y si la situación lo requiere el paciente será ingresado en el servicio de Medicina Interna(23).

4. Alta del entorno hospitalario.

En caso de alta hospitalaria tras un ingreso. La EEH será la responsable de coordinar el alta hospitalaria con la enfermera de AP. También cabe la posibilidad en determinados casos, de establecer una continuidad de cuidados y seguimiento a través de un Servicio telefónico denominado Consejo Sanitario, donde un equipo de profesionales de enfermería podrá asegurar la correcta evolución del paciente, así como su adherencia terapéutica y la resolución de dudas tras el alta(23).

Consejo Sanitario es un modelo de abordaje no presencial que tuvo su comienzo en el año 2016. Facilita la resolución de cuestiones relacionadas con la salud de las personas. En Cantabria comenzó su pilotaje en 2016 y desde ese momento, se han atendido un total de 1771 llamadas, de las cuales aproximadamente 1000 llamadas tuvieron relación con el seguimiento de pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT). El papel resolutivo de estas llamadas recae plenamente sobre el colectivo de enfermería(21)(24).

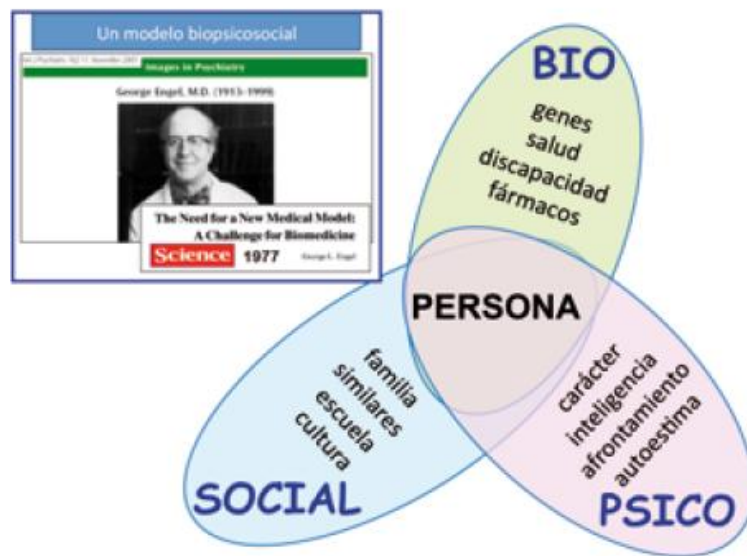
Una vez que el paciente ha sido dado de alta, el médico y la enfermera se coordinarán para realizar una cita conjunta y controlar su evolución(23).

Capítulo 3. Papel de la Enfermería de Atención Primaria en el abordaje de pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT).

La gestión de las instituciones sanitarias actuales se encuentran inmersa en un mundo similar al empresarial, con el fin de poder prestar los mejores cuidados posibles consumiendo la menor cantidad de recursos. Para llevar a cabo este proceso se están instaurando sistemas de control y medición de resultados de carácter cuantitativo, es decir, aquello que no es capaz de medirse numéricamente carece de existencia y de valor; esta situación afecta negativamente a la Atención Primaria y por consiguiente a su colectivo mayoritario: enfermería. Impartir cuidados en este ámbito consiste en enfrentarse continuamente a la complejidad, donde los resultados no se pueden obtener a corto plazo y en numerosas ocasiones, medibles únicamente de forma cualitativa, por lo tanto, la incertidumbre del desconocimiento sobre el impacto de las intervenciones realizadas en el tiempo, sumergido en un sistema de valoración numérica trae consigo la pérdida de motivación de los profesionales sanitarios(25).

Atención Primaria es el nivel asistencial en el cual recae el papel del seguimiento de los pacientes crónicos garantizando la continuidad asistencial. La persona es entendida como un todo, teniendo una visión holística con la que poder actuar. Para desarrollar este sistema de trabajo se ha introducido el modelo biopsicosocial. Su fundador fue George Libman Engel, el cual entendía la salud como una combinación de 3 factores fundamentales: biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo se centra en la prevención de las enfermedades y la multicausalidad de las mismas (Figura 7)(26)(27).

Figura 7: Modelo Biopsicosocial.



Fuente: Plan de Atención a la Cronicidad en Cantabria. 2015-2019.

Existe una relación directa entre el estilo de vida de la población y el riesgo de padecer una ENT. Es en este punto donde Enfermería cobra de vital importancia a través de intervenciones centradas la educación para la Salud, la promoción y la prevención, transmitiendo la información pertinente durante el proceso de la enfermedad y ayudando a evitar o retrasar las posibles complicaciones derivadas de una inadecuada gestión de la enfermedad por parte de los individuos. En España están apareciendo nuevas figuras de enfermería, con el fin de dar respuesta al Reto de la Cronicidad. Entre estas novedosas figuras se encuentran(26):

- **Enfermera de Práctica avanzada (EPA):** Esta figura se ha desarrollado en diferentes países, desde sus orígenes en Estados Unidos bajo el término de Advanced Practice Registered Nurse en los años 70, en Canadá durante los años 90 bajo el nombre de Nurse Practitioners y con el paso de los años se fue extendiendo hacia otros países como Australia, Reino Unido etc(24). Esta figura fue definida por el Consejo Internacional de Enfermería como (25): *"enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado"*.

- **Enfermería Gestora de Casos:** Esta figura la compone una enfermera de Atención Primaria, encargada de la gestión de los pacientes que se encuentran dentro del perfil de crónicos complejos, coordinar la atención entre los diferentes profesionales sanitarios, además de reconocer las necesidades del paciente en su entorno, establecer objetivos y distribuir los recursos necesarios. Estas intervenciones permiten incrementar la interrelación con servicios sociales y disminuir la carga del cuidador. En el ámbito de la Atención Primaria, las enfermeras son las gestoras de casos de la población a la que atiende día a día (28-31).
- **Enfermería de Enlace:** Esta figura nace como fruto de la necesidad de abordar a un mayor número de personas cada vez mas envejecidas y con problemas socio sanitarios añadidos. Permite mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, especialmente con el ámbito hospitalario con el objetivo final de obtener una única respuesta; eficiente para la atención de las necesidades del paciente. Es partícipe del alta hospitalaria y asegura a los pacientes un plan continuado de cuidados óptimo, haciendo intervenir a la enfermera gestora de casos de Atención Primaria, luego sirve como nexo de unión entre la Atención Hospitalaria, la Atención Primaria y los Servicios Sociales(27)(31-33).

Los profesionales de enfermería cumplen una labor fundamental frente al desafío de la cronicidad; son los profesionales sanitarios más cercanos al paciente, su familia y entorno. Su labor asistencial se centra en la valoración holística de los pacientes pudiendo así elaborar planes de cuidados específicos en función de sus necesidades. No obstante, y como se ha mencionado previamente, las competencias enfermeras están evolucionando proporcionando novedosas intervenciones con efectos positivos sobre los pacientes crónicos complejos. Actualmente existen estudios que lo respaldan:

- *JC. Contel*, realizó un estudio en el cual desarrolló un cuadro en el que evidencia los efectos eficaces de la atención proactiva telefónica realizadas por las enfermeras sobre los pacientes crónicos(Figura 8)(34).

Figura 8: Evidencia Modelos Atención a pacientes crónicos

Intervención	Evidencia	Efecto	Prioridad
Soporte telefónico proactivo por enfermería	Alta	Positivo	Alta
Visitas domiciliarias proactivas	Alta	Positivo	Alta
Soporte en el autocuidado		Positivo	Alta
Autocontrol	Media	Positivo	Media
Televigilancia/ Telehealthcare	Media	Positivo	Media
Proporcionar atención basada en niveles de necesidad basándose en procesos de segmentación poblacional	Media	Positivo	Media
Usuarios servicios como coproveedores asistenciales	Baja	Positivo	Media
Contacto telefónico en lugar de visitas	Baja	Positivo	Media
Enfermeras especialistas en atención primaria	Baja	Positivo	Media
Partenariados con grupos comunitarios	Baja	Positivo	Media
Integrar atención social y sanitaria	Baja	Positivo	Media
Formar profesionales en nuevos roles	Baja	Positivo	Media
Médicos de familia con algún tipo de «referencia»	Baja	Mixto	Baja
Soporte por Internet	Baja	Mixto	Baja
Planes de cuidados escritos	Media	Mixto	Baja
Registros mantenidos por pacientes	Media	Mixto	Baja

Fuente: Services for Long Term conditions. University Birmingham, 2009.

Fuente: Universidad de Birmingham.

- Desde la Universidad de Montreal, *Céline Goulet*, realizó un estudio junto a otros colaboradores sobre las contribuciones exitosas obtenidas a través de las intervenciones realizadas por la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) obteniéndose satisfactorios resultados relacionados con la práctica asistencial de la misma(35).

Sin embargo las actuaciones realizadas desde Atención Primaria por parte de la enfermería son innumerables; cabe destacar entre ellas:

- La Continuidad Asistencial, consistente en atender a aquellos pacientes, generalmente en situación de vulnerabilidad y fragilidad sin producir desencuentros que puedan afectar negativamente al paciente independientemente del entorno en el que se lleven a cabo. Puede realizarse vía telefónica mediante la enfermera perteneciente al Consejo Sanitario(36)(37).
- La Educación Sanitaria, consistente en transmitir información precisa al paciente para que sea consciente y conozca su patología, posibles complicaciones además de desarrollar intervenciones de empoderamiento y capacitación que mejoren la autogestión de la enfermedad de las personas con enfermedades crónicas(38)(39).
- La Educación Sanitaria Grupal con personas con enfermedades crónicas, con la figura del paciente activo o experto como líder de este tipo de programas donde se produce un aprendizaje "entre iguales", usando como figura principal la experiencia y las estrategias de un paciente con la misma enfermedad, convirtiéndose en un referente para otros pacientes. Este tipo de intervenciones, proporcionan un ambiente de mayor intimidad y confianza entre las personas de un mismo grupo(32)(38)(39).
- Una correcta y organizada Atención Domiciliaria para todos aquellos pacientes que son incapaces de realizar un traslado al Centro de Salud. Es en el hogar donde el paciente puede potenciar y mejorar con mayores posibilidades el control de su enfermedad, además la estancia del paciente en su propio entorno permite mejorar su calidad de vida. En estas situaciones el traslado innecesario hacia diferentes consultas por seguimiento rutinario trae consigo riesgos añadidos que en un corto periodo de tiempo producen un mayor impacto económico, ya que precisan de una mayor demanda de recursos en contraposición a su atención en el domicilio(13).

Para realizar estas competencias se precisa de una formación óptima y continuada. Es necesario fijar unos objetivos y consolidar la implantación de estas novedosas figuras enfermeras en todas las comunidades españolas, favoreciendo así la atención al paciente crónico complejo y reforzando las competencias profesionales; permitiendo su evolución hacia una profesión autónoma e independiente del cuidado, utilizando como base el método científico y actuando como coordinadora entre los diferentes profesionales sanitarios.

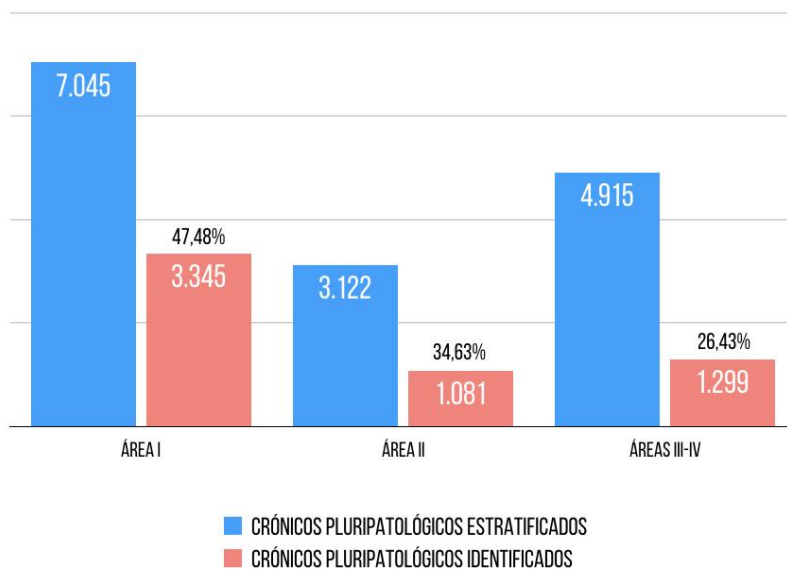
CONCLUSIONES

- La esperanza de vida de los principales países desarrollados está incrementándose exponencialmente con el paso de los años y además a un ritmo vertiginoso. Por otro lado las tasa de natalidad están decayendo generándose así amplios cambios en las pirámides poblacionales. Esta situación está provocando que las personas vivan mas años pero no en condiciones de independencia, sino en situaciones de debilidad y fragilidad, fruto del continuo aumento de la incidencia de las enfermedades no transmisibles (ENT).
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha entrado en conciencia con esta pandemia y ha estudiado aquellos objetivos posibles a conseguir en los próximos años. Es por ello que los países desarrollados han iniciado el "Reto de la cronicidad", estudiando medidas, rutas y estrategias para poder cumplir los objetivos implantados por la OMS.
- En España ya en el año 2012 se desarrolló un documento que plasmaba la realidad en la que se encontraba inmersa la sociedad española y planteaba cambios en los sistemas sanitarios y en medidas costo efectivas para poder subsanar esta situación.
- Las principales instituciones sanitarias españolas están centradas actualmente en las patologías agudas. El sistema sanitario español necesita reenfocar sus objetivos y potenciar entre otras cosas el papel de la Atención Primaria de Salud en el ámbito de la cronicidad, ya que es el núcleo de salud de toda la población; es el lugar donde mayor educación sanitaria se recibe y mayores estrategias de prevención y promoción de salud se realizan
- En el caso de Cantabria, se desarrolló una estrategia que permitiera controlar a un paciente crónico complejo en todas sus facetas, desde la situación de estabilidad hasta una descompensación en todos los estadios posibles. La Ruta del Paciente Pluripatológico en Cantabria fue instaurada en el año 2017 con resultados positivos desde su puesta en marcha.
- Los profesionales de enfermería y especialmente los de Atención Primaria, tienen un papel protagonista en el correcto abordaje de la cronicidad, ya que son las figuras de referencia de las personas con enfermedades crónicas, proporcionando los cuidados en cada momento.

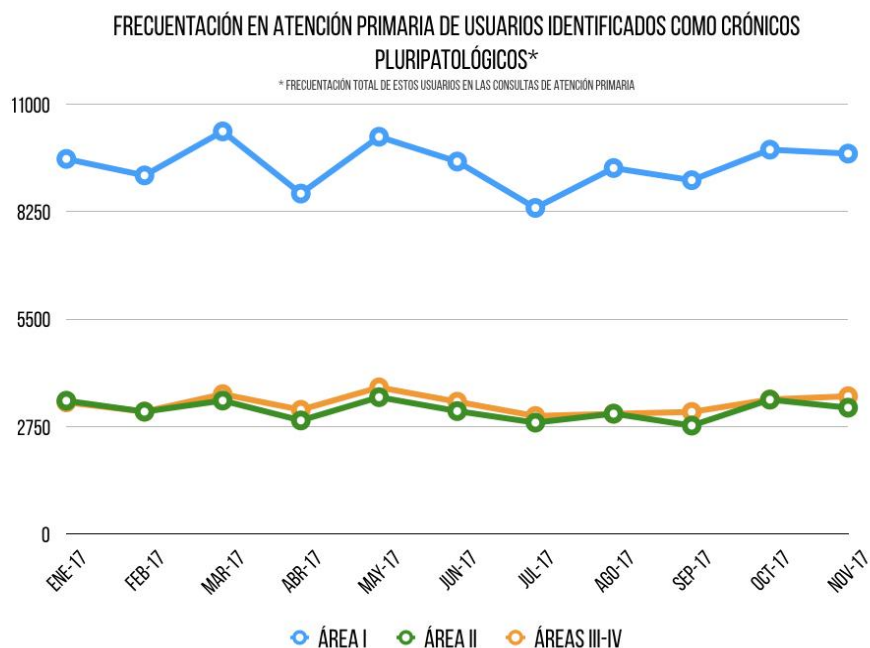
ANEXOS

Porcentaje de usuarios identificados como crónicos Pluripatológicos en Cantabria.

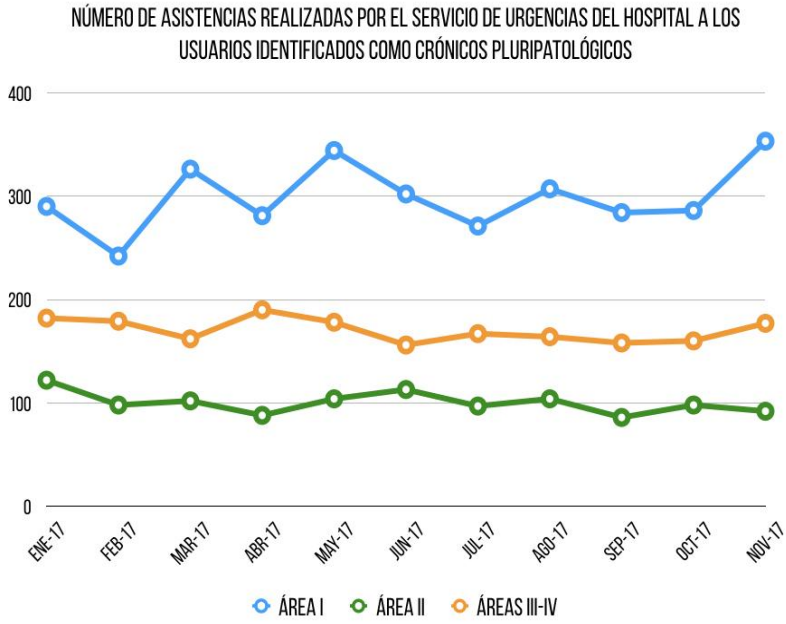
% DE USUARIOS IDENTIFICADOS COMO CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES ESTRATIFICADOS EN LOS MISMOS NIVELES DE COMPLEJIDAD Y RIESGO



Frecuenciación en Atención Primaria de usuarios identificados como crónicos pluripatológicos.



Número de asistencias realizadas por el servicio de urgencias del hospital a los usuarios identificados como crónicos pluripatológicos.



Bibliografía

1. GHO | By category | Life expectancy and Healthy life expectancy - Data by WHO region. WHO [Internet]. [cited 2019 Jan 29]; Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>
2. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [cited 2019 Jan 29]. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>
3. Lorenzo-Carrascosa L. Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones Consecuencias del envejecimiento de la población. Ine [Internet]. 2003;2(1):1–20. Available from: http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
4. El coste del envejecimiento poblacional - El Orden Mundial - EOM [Internet]. [cited 2019 May 3]. Available from: <https://elordenmundial.com/el-coste-del-envejecimiento-poblacional/>
5. Pirámides de Población. Available from: titulaciongeografia-sevilla.es/contenidos/becarios/materiales/archivos/PIRAMIDES_DE_POBLACION.pdf
6. OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento. WHO [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 29]; Available from: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
7. OMS | Enfermedades no transmisibles (ENT) [Internet]. [cited 2019 Jan 30]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/es/
8. Hábitos de vida saludables para la mejora de las ENT [Internet]. Available from: <file:///C:/Users/Daniel/Downloads/PresentacionCantabria150.pdf>
9. Estado J. Ley 41 / 2002 , de 14 de noviembre , básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica . 2002;1–14.
10. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. [cited 2019 Apr 1]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
11. La cronicidad, clave para el futuro del sistema sanitario | | Adherencia - Cronicidad - Pacientes [Internet]. [cited 2019 May 3]. Available from: <https://www.adherencia-cronicidad-pacientes.com/cronicidad/la-cronicidad-clave-para-el-futuro-del-sistema-sanitario/>
12. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [Internet]. [cited 2019 Apr 1]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=786E58324D657A8E6D025BC1580824F3?sequence=1
13. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. [cited 2019 Apr 8]; Available from: https://www.senefro.org/modules/grupos/files/estrategia_de_enfermedades_cronicas_copy1.pdf

14. ICANE - Banco de datos [Internet]. [cited 2019 Feb 18]. Available from: <http://www.ican.es/data/municipal-register-annual-review/results#content>
15. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. [cited 2019 Feb 18]; Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv17n4/especial1.pdf>
16. Indicadores de Envejecimiento por provincia [Internet]. [cited 2019 Feb 19]. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1489>
17. Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017) [Internet]. [cited 2019 Feb 19]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_MOD1_REL.pdf
18. OMS | Enfermedades crónicas. WHO [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 19]; Available from: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
19. Baleares Salud. Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado. 2017;47. Available from: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente-cronico-complejo-avanzado-es.pdf>
20. Modelo UN, La DEAA, Para C, Continuidad G, Asistencial YC. Trabajo de grupos Cronicidad en Cantabria.
21. SCS. Informe de progreso. 2017; Available from: [file:///C:/Users/Daniel/Downloads/2017 Informe de progreso Estrategia de Cronicidad \(4\).pdf](file:///C:/Users/Daniel/Downloads/2017%20Informe%20de%20progreso%20Estrategia%20de%20Cronicidad%20(4).pdf)
22. Arias AC. Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. MedUNAB [Internet]. 2003 [cited 2019 May 3];6(16):32–5. Available from: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/267>
23. Gerencia Atención Primaria. Ruta del paciente pluripatológico. 2018;
24. Sanitario C. Consejo sanitario. 2017;
25. Enfermería G de los servicios de. Organizaciones Sanitarias. Paradigmas significativos.
26. Psicología de la Salud [Internet]. [cited 2019 Mar 12]. Available from: <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-comunidad//el-modelo-biopsicosocial-154.html?p=1>
27. Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria [Internet]. 45-95 p. Available from: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
28. C. Inmaculada Sánchez-Martín. Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin [Internet]. 2014;24(1):79–89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
29. Consejo Internacional de Enfermeras | ICN - Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. [cited 2019 Mar 20]. Available from: <https://www.icn.ch/>
30. La figura de la enfermera gestora de casos cobra protagonismo en el SNS [Internet]. [cited 2019 Mar 13]. Available from: http://www.gacetamedica.com/hemeroteca/la-figura-de-la-enfermera-gestora-de-casos-cobra-protagonismo-en-el-sns-BQLG_807251

31. Rodríguez VF. Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). Enfermería ... [Internet]. 2007;1–11. Available from: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/202>
32. Enfermería Comunitaria de Enlace y Enfermera Hospitalaria de Enlace [Internet]. [cited 2019 Mar 13]. Available from: <http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion/Distrito/Documentos/Continuidad de Cuidados/Enfermera de enlace.pdf>
33. La enfermera de enlace, clave en la atención hospitalaria al crónico complejo [Internet]. [cited 2019 May 3]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/noticia/la-enfermera-de-enlace-clave-en-la-atencion-hospitalaria-al-cronico-complejo-81698>
34. Carlos Contel J, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad. Aten Primaria [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 20];44(2):107–13. Available from: www.elsevier.es/apARTÍCULOESPECIAL
35. Goulet C, Lauzon S, Ricard N. Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. Enfermería Clínica [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2019 Mar 20];13(1):48–52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862103737814?via%3Dihub>
36. Servicio Madrileño de Salud. Continuidad de Cuidados [Internet]. [cited 2019 Mar 20]. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMarco+Continuidad+Cuidados+Enfermeros.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortal>
37. Continuidad asistencial: prioridad para el SNS [Internet]. [cited 2019 May 3]. Available from: https://www.balancesociosanitario.com/Continuidad-asistencial-prioridad-para-el-SNS_a5259.html
38. Escuela Cantabra Salud [Internet]. [cited 2019 May 3]. Available from: <http://www.escuelacantabradesalud.es/>
39. Escuela de Pacientes. Junta de Andalucía [Internet]. [cited 2019 May 3]. Available from: <https://escueladepacientes.es/>

